

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Depressive und affektive Störungen - Teil 2

Therapie der Depression

* Somatisch (z.B. Elektrokrampftherapie EKT; Transkranielle Magnetstimulation TMS)

* Psychologisch (z.B. Psychotherapie)

Psychotherapie der Depression

Therapieansatz	Spezifische Therapieziele	Therapieelemente
<i>Verhaltensbezogene Ansätze</i> nach Lewinsohn	Veränderung von inadäquaten Verhaltens-Verstärker-Kontingenzen	<ul style="list-style-type: none">• Reduktion bzw. Bewältigung belastender Alltagserlebnisse• Entspannung und Zeitmanagement• Steigerung angenehmer Aktivitäten• Training sozialer Kompetenzen
<i>Kognitiv orientierte Ansätze</i> nach Beck	Veränderung von negativen kognitiven Schemata	<ul style="list-style-type: none">• Identifikation automatischer Gedanken und grundlegender Einstellungen• Kritische Auseinandersetzung damit• “sokratischer Dialog”• Verhaltensexperimente
nach Seligman	Veränderung negativer Kontrollattributionen	<ul style="list-style-type: none">• Reattributionstraining bzgl. Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse
<i>Selbstkontroll-orientierte Ansätze</i> nach Rehm	Veränderung inadäquater Selbstkontrollprozesse	<ul style="list-style-type: none">• Verbesserung der Selbstbeobachtung• Veränderung der Selbstbewertung• Selbstverstärkung
<i>Interpersonell orientierte Ansätze</i> nach Klerman & Weissman	Veränderung von inadäquaten sozialen Interaktionsmustern	<ul style="list-style-type: none">• Identifikation relevanter Emotionen und Kognitionen• Verbesserung der Kommunikation

Behandlungsprogramme für depressive Störungen der kognitiven Verhaltenstherapie

z.B. Hautzinger et al., 1992, 1998

Kombination von verhaltensbezogenen, kognitiven und edukativen Elementen
dieses Therapieprogramm gilt ähnlich wie andere KVT-basierte Therapien als gut evaluiert und wirksam

Elemente:

Informationsvermittlung
Aufbau positiver Aktivitäten
Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
Verbesserung der sozialen Kompetenz
Verbesserung der Selbstbewertung
Rückfallprophylaxe

Es existieren auch diverse Gruppentherapieprogramme, in denen diese Elemente zu einem Gesamtbehandlungsprogramm zusammengefügt werden

Ziele:

strukturiertes Vorgehen
Verbesserung der Selbstwahrnehmung und -bewertung
Verbesserung der Kontrollfähigkeit (gegenüber der eigenen Befindlichkeit)

Merkmale und wesentliche Elemente der Depressionstherapie (nach Hautzinger 1996)

1 Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und gezieltes (aktives) therapeutisches Handeln:

- Begründungen geben, theoretisches Modell vermitteln (z.B. zum Zusammenhang von Verhalten, Denken und Fühlen)
- strukturiert vorgehen (z.B. bei der Bearbeitung bestimmter Probleme, bei der Therapiedurchführung, des Behandlungsprogramms)
- problemorientiert vorgehen (z.B. es wird nicht die Depression behandelt, sondern konkrete Probleme, die mit der Depression verbunden sind oder dahin geführt haben)
- Patienten zur Kooperation und Mitarbeit motivieren (z.B. beim Realitätstesten, Ausprobieren, Übungen zwischen den Sitzungen)

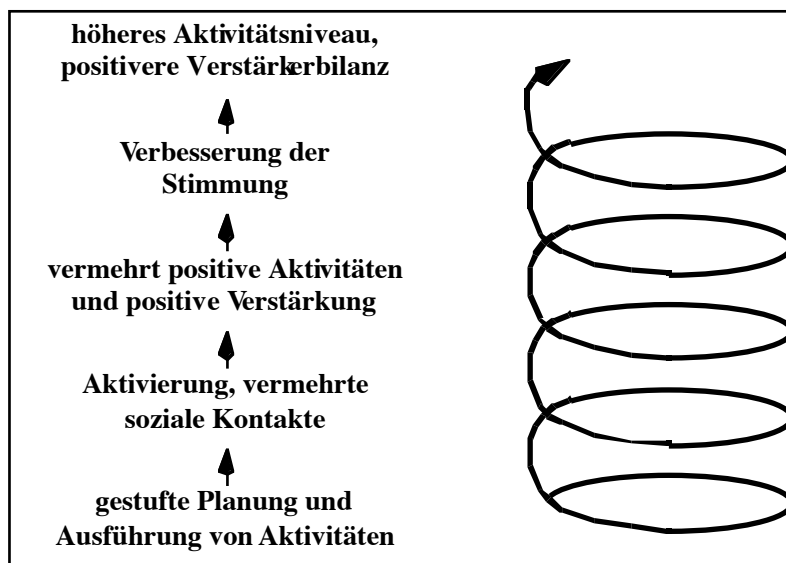
2 Verhaltensbezogene Interventionen:

- kurzfristige, entlastende Maßnahmen ergreifen (z.B. Reduktion der Arbeitspensums, Freizeitaktivitäten am Wochenende, Abbau von belastenden Aktivitäten)
- Toleranz für depressive Beschwerden fördern (z.B. trotz Schlaflosigkeit etwas tun, Ablenkungen von trüben Gedanken)
- Eigenaktivität des Patienten fördern und ausbauen (insbesondere angenehme, soziale und verstärkende Aktivitäten)
- Fertigkeiten zur Überwindung von Schwierigkeiten verbessern (verbunden mit der Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung)
- Selbstsicherheit und soziale Kompetenz verbessern (z.B. Durchsetzungsfähigkeit, Formulieren eigener Bedürfnisse)
- auf Krisen, Verschlechterungen und Rückfälle vorbereiten
- Lebenspartner und Familie einbeziehen

3 Kognitive Interventionen:

- einseitige Wahrnehmungen und Bewertungsmuster verändern (z.B. Beobachtungsübungen, Zusammenhänge erkennen)
- absolutistische Grundüberzeugungen relativieren (z.B. Alternativen erarbeiten; differenziertere, flexiblere Ansichten entwickeln)
- Selbstkontrolle von negativen Gedanken und Überzeugungen verbessern
- Selbstverstärkung ausbauen (z.B. eigenes Lob für Fortschritte und Erfolge)

Aktivitätsaufbau



Aufbau positiver Aktivitäten

- die Anzahl potentieller positiver Verstärker wird erhöht
- weniger Zeit steht für depressionssteigernde Verhaltensweisen zur Verfügung (z.B. Passivität, Grübeln, Vor-sich-hin-Starren)
- Wahrscheinlichkeit steigt für Verbesserung der Stimmung/ Befindlichkeit
- Selbstwahrnehmung für Zusammenhang zwischen Stimmung und Aktivität wird verbessert

Gezielter Aufbau positiver Aktivitäten

I. Ziele bestimmen

Definition: Was möchte der Pat. erreichen?

Kriterium setzen: Wann ist das Ziel erreicht?

- Ziel positiv formulieren
- Erreichbarkeit (keine unrealistischen Ziele !)
- Kontrollierbarkeit (keine Ziele, die von anderen oder vom Zufall abhängen !)

II. Unterziele bestimmen

- Zerlegung der Ziele in kleine Schritte
- Schritte operationalisieren, Kriterien des Erreichens setzen

III. Etwaige Schwierigkeiten einschätzen

- Bewältigungsmöglichkeiten erarbeiten

IV. Verstärkungsplan festlegen

- Verstärker auswählen, systematische Selbstbelohnung festlegen
- auf kurzfristige Verstärkung achten
- Erreichbarkeit, Kontrollierbarkeit sichern

Aufbau positiver Aktivitäten: Therapeutische Schritte

Selbstbeobachtung: Stimmung und Aktivität

- Vermittlung des lerntheoretischen Modells
- gezielte Selbstbeobachtung (z.B. Tagebuch)
- Identifikation positiver Ereignisse (Liste angenehmer Ereignisse)

Erkennen von Verstärkung/ Selbstverstärkung

- Vermittlung des Verstärkerkonzepts
- positive Verstärkerliste erstellen

Gezielter Aufbau positiver Aktivitäten

- Ziele und Unterziele bestimmen
- Verstärkungsplan festlegen
- Wochen- bzw. Tagesplan erstellen

Veränderung von Kognitionen

- Zusammenhänge zwischen Stimmung und Kognitionen werden besser wahrgenommen
- externe und innere Ereignisse werden anders bzw. neu bewertet
- fehlerhafte Schlußfolgerungen werden reduziert bzw. aufgegeben
- Depressionsfördernde und inadäquate Grundannahmen werden reduziert bzw. aufgegeben

Veränderung von Kognitionen: Therapeutische Schritte

I. Automatische Gedanken erkennen und verändern

- Konzept der automatischen Gedanken vermitteln
- Automatische Gedanken identifizieren
- Gedanken modifizieren: Tagesprotokoll, Spaltentechnik, Suche nach rationaleren Gedanken

II. Logische Denkfehler erkennen und verändern

- Art logischer Denkfehler erklären
- Logische Denkfehler identifizieren
- Neubenennen:
 - a. Realitätsgehalt überprüfen (Realitätstest)
 - b. Reattribuieren
 - c. Alternative Erklärungen suchen

III. Fehlangepaßte Grundannahmen erkennen und verändern

- Konzept der dysfunktionalen Grundannahmen vermitteln
- Fehlangepaßte Grundannahmen identifizieren
- Grundannahmen verändern

Automatische Gedanken bei depressiven Patienten

Alles ist so sinnlos

Ich bin langweilig

Ich bin ein Versager

Ich bin zu nichts mehr gut

Warum fällt mir alles so schwer?

Ich bin wirklich gestört

Alles mache ich falsch

Ich vergesse einfach alles

Warum kann ich mich so schlecht konzentrieren?

Ich falle meiner Familie zur Last

Nichts gelingt mir mehr

Es gibt keine Hoffnung für meinen Zustand

Mir ist nicht zu helfen

Die anderen lehnen mich ab

Ich darf den anderen nicht verärgern

Das Konzept automatischer Gedanken

Ereignis => Automatischer Gedanke => Gefühl

Ich lese ein attraktives Stellenangebot => „Das schaffe ich nie“ => traurig, verzagt

Mir ist beim Kochen ein Mißgeschick passiert => „Ich habe wieder versagt“ => selbstzweifelnd, resigniert

Bei einem Treffen stehe ich auf einmal im Mittelpunkt => „Wo soll ich bloß hinschauen?“ => unsicher, verlegen

Jemand kritisiert mich => „Ich kann es keinem Recht machen“ => betrübt

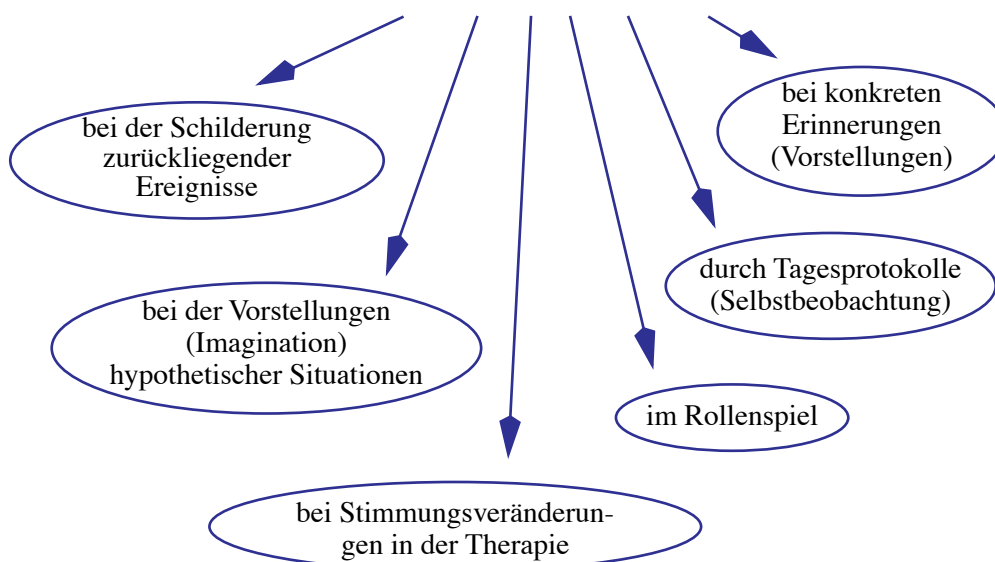
Der Ehemann kommt oft sehr spät nach Hause => „Er liebt mich nicht mehr“ => eifersüchtig, ängstlich

Im Nebenzimmer ist ein Geräusch => „Das ist ein Einbrecher“ => erschrocken, Angst

Der Chef gibt mir immer mehr Arbeit => „Früher habe ich mehr leisten können“ => Versagensgefühl, unzulänglich

In einer Prüfung bekomme ich eine schlechte Note => „Ich bin zu dumm“ => selbstunsicher, hoffnungslos

Automatische Gedanken identifizieren



Fehlerhafte Kognitionen (systematische Denkfehler)

Alles-oder-nichts-Denken

= Bewertungen sind dichotom, wie gut oder schlecht, Verlierer oder Gewinner
Bei mir geht immer alles schief, alles ist meine Schuld
Ich bin immer ein totaler Versager gewesen

Übergeneralisierung

= es wird unkritisch auf ähnliche oder unähnliche Situationen verallgemeinert
Ich komme ständig zu spät
Das wird sich nie ändern

Willkürliche Schlußfolgerungen

= es werden Schlüsse gezogen, ohne Beweise, die dies rechtfertigen könnten
Der Chef war heute so kurz angebunden, ich habe sicher etwas falsch gemacht
Es muß an mir liegen, daß mich die anderen nur anrufen, wenn sie Probleme haben

Über- oder Untertreibung

= die Bedeutungen eines Ereignisses werden falsch eingeschätzt
Ich mache alles nur halbherzig - kein Wunder, daß es immer schief geht
Ich habe einen Fehler gemacht und werde deswegen nie mehr froh sein können

Personalisierung

= Tendenz, die Dinge auf die eigene Person zu beziehen
Ich bin ein Narr (ein Trottel)
Ich bin immer ein völliger Versager gewesen

Logische Denkfehler verändern

1. Realitätsgehalt überprüfen

- Was sind die Beweise für die Annahme?
- Liegen genügend Daten vor, die Annahme zu stützen?
- Welche weiteren Daten (Fakten) kann der Patient anführen?
- Stützen diese Daten (Fakten) die Annahme?

2. Reattribuieren (v.a. bei Selbstabwertungen)

- Sprechen die Fakten für die Selbstbeschuldigung des Pat.?
- Hat er bei der Beurteilung anderer Personen die gleichen Kriterien?
- Ist es sinnvoll, von einer "Alleinverantwortlichkeit" auszugehen?
- Ist es sinnvoll, von einer 100%igen Ursache und Erklärung von Ereignissen auszugehen?

3. Alternative Erklärungen suchen

- Alle möglichen und denkbaren Erklärungshypothesen zusammentragen (= "Brainstorming")
- Einschätzungen der Wahrscheinlichkeit: 0 - 100%
- Alternative Erklärungen als prüfbare Hypothesen formulieren und anschließend überprüfen

Merkmale des Therapeutenverhaltens

1. Basiskompetenzen: empathisch, aufrichtig, interessiert, interaktionsfähig
2. Expertenstatus: zu Beginn der Behandlung Informationen geben zur Funktion, Ausbildung, Erfahrung des Therapeuten; möglichst keine Merkmale wie übermäßige Distanziertheit, Arroganz, Hierarchiedenken.
3. Transparenz und Strukturiertheit: Vorgehensweise begründen, Inhalte erläutern und verstehbar machen; Sinn und Zweck von Vorschlägen darlegen.
4. Problemorientierung: Herausarbeiten von möglichst konkreten Problemen und Lösungsmöglichkeiten.
5. Gesprächsverhalten: Fragen sehr spezifisch und konkret formulieren; keine Suggestivfragen; problemzentrierte Fragen; kein "Kreuzverhör"; Fragen zur Bedeutung von Ereignissen oder Verhaltensweisen.
6. Schlüsselprobleme benennen: nicht in Einzelheiten verlieren, sondern auf zentrale Probleme oder Konflikte begrenzen, Hypothesen über Auslöser oder Konsequenzen formulieren.
7. Kooperation: gemeinsames Vorgehen, zu aktiver Mitarbeit des Patienten motivieren (Zusammenarbeit als "Team")
8. Rückmeldungen geben: zur Verbesserung der Beziehung; zum Vermeiden von Mißverständnissen; zur Entwicklung und Konkretisierung von Therapiezielen.

Empirische Evidenz zur Therapie depressiver Störungen

- Das NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program (1977 - 1989)
- Deutsche Multicenterstudie von Hautzinger & de Jong-Meyer (1996)
- Die Metaanalyse von Gloaguen et al. (1998)
- Empfehlungen der Leitlinie Affektive Störungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) nach de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm

NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP)

Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 114-139. New York, Wiley.

Methodik der TDCRP-Studie

Zeitraumen: 1977 - 1980 Planung, 1980 - 1982 Pilotphase, 1982 - 1984 Durchführung, 1984 - 1986 Follow-up, 1986 - 1989 Abschluss der Studie.

Therapiebedingungen: 1. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) nach Beck; 2. Interpersonelle Psychotherapie (IPT) nach Klerman und Weissman; 3. Imipramin + Clinical Management; 4. Placebo + Clinical Management.

Clinical Management: Verabreichung der Medikation im Doppelblindformat; Überprüfung des klinischen Status der Patienten; Überwachung möglicher Medikamentennebenwirkungen; wöchentliche Sitzung in Form einer minimalen supportiven Psychotherapie durch einen klinisch erfahrenen Psychiater; zu Beginn der Studie: 45 bis 60 Minuten pro Woche; später: 20 bis 30 Minuten pro Woche.

Design und Setting: Randomisierte kontrollierte Studie (RCT); die Therapien wurden im ambulanten Setting durchgeführt an drei verschiedenen Universitäten, George Washington University, Washington, D.C. University of Pittsburgh, University of Oklahoma; KVT und IPT: 16 Wochen mit 16-20 Sitzungen, Dauer der Psychotherapiesitzungen 50 Minuten.

Patienten: N = 239, Alter 21-60 Jahre, 70% Frauen; Diagnose Major Depression unipolar, nicht psychotisch; Mindestwerte auf zwei Depressionsskalen (BDI, Hamilton); Ein-/Ausschlusskriterien: ambulant behandelbar; keine anderen schweren psychiatrischen Krankheiten oder akute Suizidgefahr; die Patienten durften weder zusätzliche Medikamente einnehmen noch gleichzeitig eine andere Psychotherapie machen.

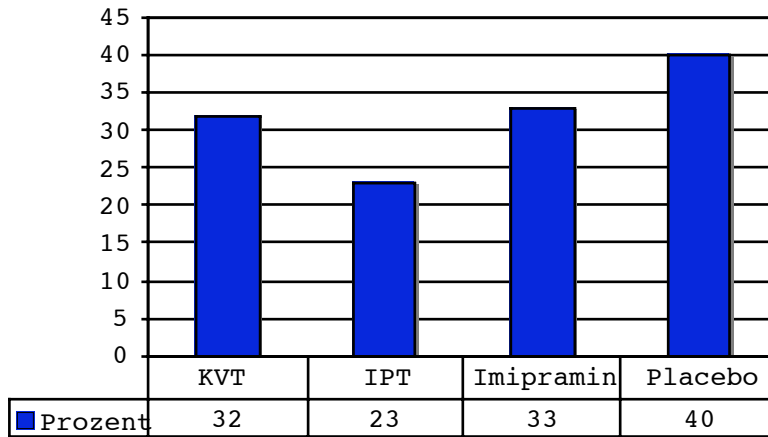
Therapeuten: N = 28, Alter 30-60 Jahre, 71% Männer, 10 Psychologen und 18 Psychiater; 2 Jahre vollzeitliche klinische Tätigkeit; mind. 10 depressive Patienten behandelt; jeder Therapeut wurde in der entsprechenden Therapiemethode trainiert und führte anschliessend 3-4 Therapien unter Supervision durch.

Messungen: Depressive Symptomatik (BDI, Hamilton Depressionsskala), allgemeine Psychopathologie (SCL-90), allgemeines Funktionsniveau und soziale Anpassung (Global Assessment of Functioning, Social Adjustment Scale); Messzeitpunkte: Prä, Post und 18-Monats-Follow-Up.

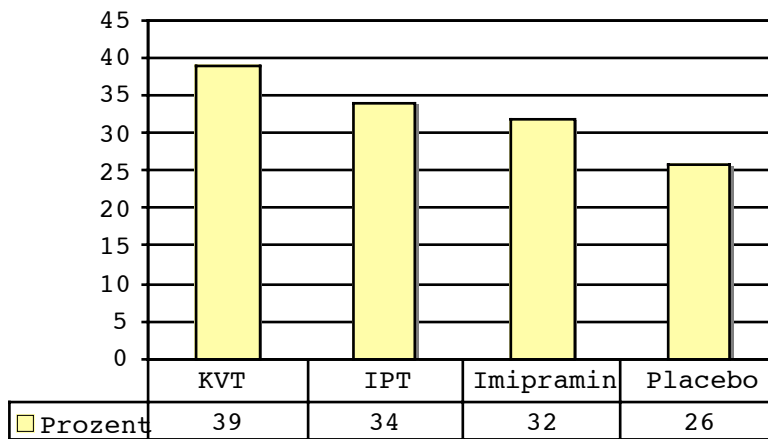
Ergebnisse der TDCRP-Studie

- Alle vier Bedingungen bewirkten eine signifikante Verbesserung der Symptomatik zwischen der Prä- und Postmessung
- Es gab keinen Unterschied zwischen den Psychotherapieverfahren und Imipramin
- Es gab keinen Unterschied zwischen den beiden Psychotherapieverfahren
- Die KVT, die im Prä-Post-Vergleich tendenziell etwas schlechter abschnitt als die anderen beiden Behandlungen, erwies sich dafür bei den Follow-up-Untersuchungen als leicht überlegen.

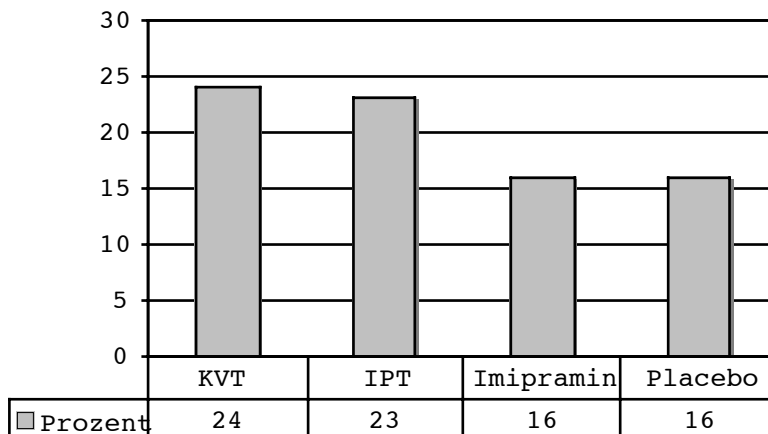
Drop-outs während der Therapie



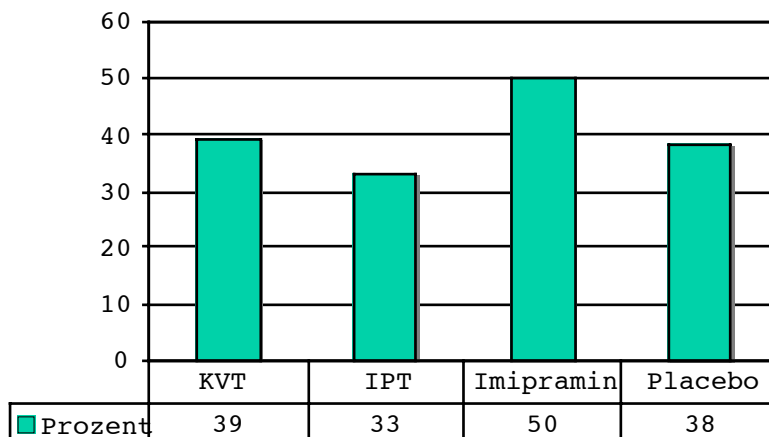
Bei Therapieende vollständig remittiert



Remittiert und ohne Rückfall nach 18 Monaten



Rückfallraten nach 18 Monate nach Therapie (Shea et al., 1992; N=78 Therapieresponder)



Prognosefaktoren aus der TDCRP-Studie (Sotsky et al., 1991)

- KVT: ↑ niedriges Ausmaß dysfunktionaler Kognitionen, keine Familienanamnese mit affektiver Störung, höheres Alter bei Beginn der Störung, Vorgeschichte mit mehreren MDE, verheiratet
- IPT: ↑ niedriges Ausmaß sozialer Funktionsstörungen (= bessere soziale Anpassung), getrennt lebend oder geschieden, größere interpersonelle Sensitivität, schwerer Grad der Depressivität, höhere Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen
- Imipramin: ↑ größere Beeinträchtigung bei der Arbeit, schwerer Grad der Depressivität, "endogene Depression"; niedriges Ausmaß dysfunktionaler Kognitionen; ↓ "dramatische" Persönlichkeitsstörung

2 Multicenterstudien zur Behandlung depressiver Störungen (Hautzinger & de Jong-Meyer 1996)

Fragestellungen:

- ⇒ Vergleich psychologische Therapie ↔ pharmakologische Therapie ↔ Kombination
- ⇒ Vergleich ambulante ↔ stationäre Therapie
- ⇒ Vergleich schwere ↔ leichtere depressive Störungen
[“endogen vs. nicht-endogen”]
- ⇒ Suche nach Verlaufs- und Erfolgsprädiktoren

Studie 1: N = 119 mit schweren (“endogenen”) Depressionen

Studie 2: N = 191 leichter depressive Patienten

Zentren: Psychiatrische Kliniken Münster, Konstanz und Düsseldorf

Instrumente: SKID, HAMD, BDI, AMDP; diverse Fragebögen zu sozialen, körperlichen, kognitiven, persönlichkeitsbezogenen und motorischen Merkmalen

Behandlungsbedingungen:

- ⇒ *Psychotherapie:* KVT nach Hautzinger et al. (1984) mit 24 Einzeltherapiesitzungen in 8 Wochen (3 wöchentlich)
 - ⇒ *Pharmakotherapie:* Amitryptilin nach einwöchiger Einschleichphase 6 Wochen lang 150 mg/Tag plus unterstützende Gespräche (clinical management), danach 1 Woche Ausschleichen oder Beibehaltung
 - ⇒ *Kombination* (nur Studie 2)
- [zu Behandlungsbedingungen randomisiert zugewiesen, nicht jedoch zu stationär vs. ambulant]

**Studie 1 von Hautzinger & de Jong-Meyer (1996):
Behandlung schwerer Depressionen**

Gruppenmerkmale:

(1) AD + stützendes Gespräch: N = 65; (2) AD + KVT: N = 54

Gesamtstichprobe: 72% ♀, Alter 44 J., Ersterkrankungsalter 37 J., für 30% erste depressive Episode, im Mittel bereits 9,5 Episoden; 19,6% brachen die Behandlung aus unterschiedlichen Gründen ab [keine signifikanten Unterschiede Abbrecher vs. Nicht-Abbrecher]

Resultate:

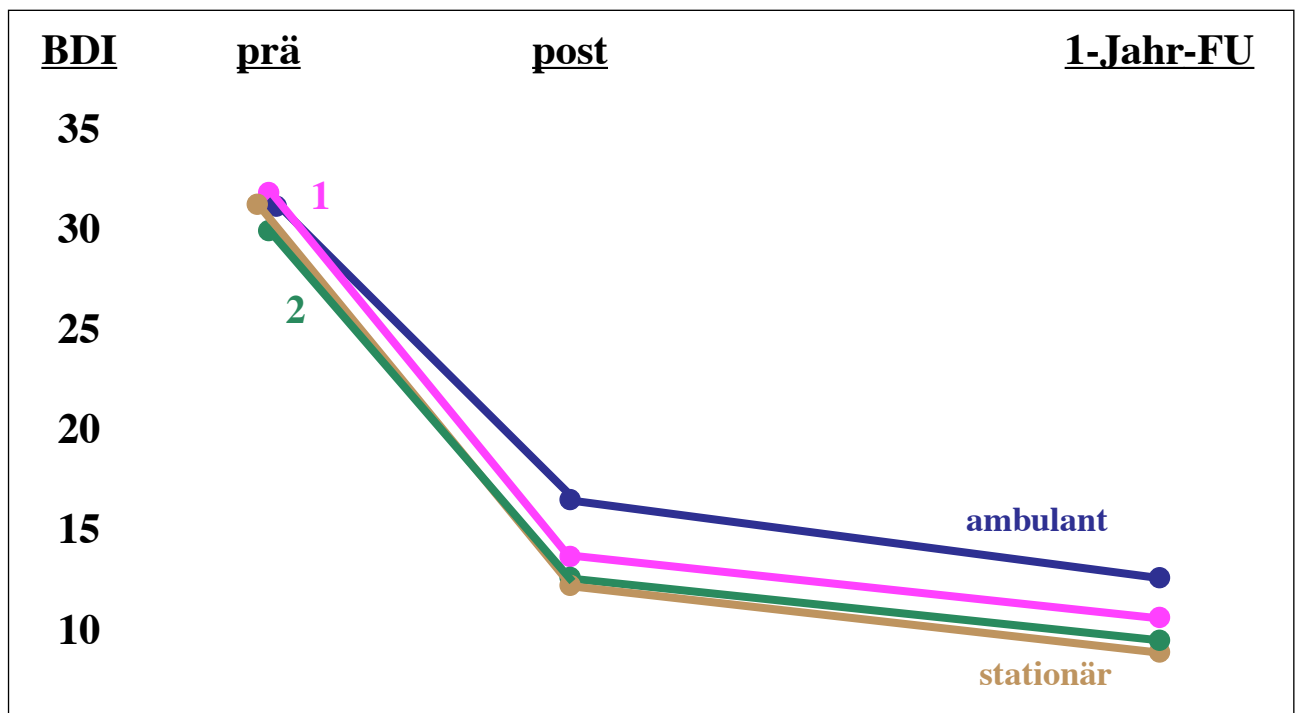
⇒ Rückgang der Depressivität in allen Gruppen vergleichbar
[sowohl selbst- als auch fremdbeurteilt]

⇒ (1) = (2)

⇒ stationär > ambulant

⇒ Responder (= BDI ≤ 9 bei Therapieende):

(1) = 44,6%, (2) = 42,1%; stationär = 47,8%, ambulant = 30,0%



**Studie 2 von Hautzinger & de Jong-Meyer (1996):
Behandlung leichterer Depressionen**

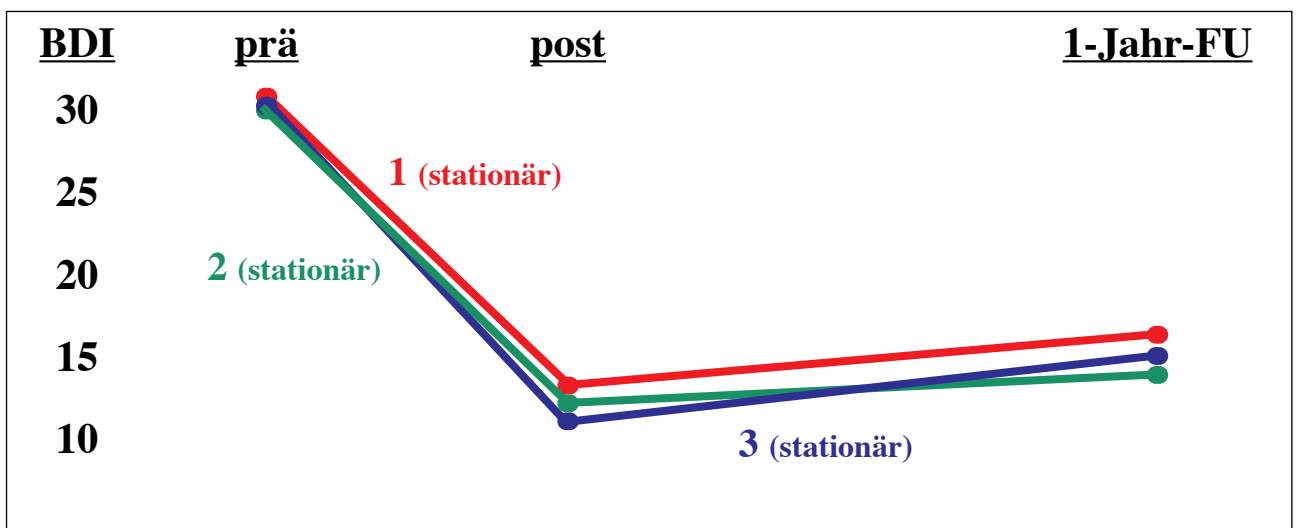
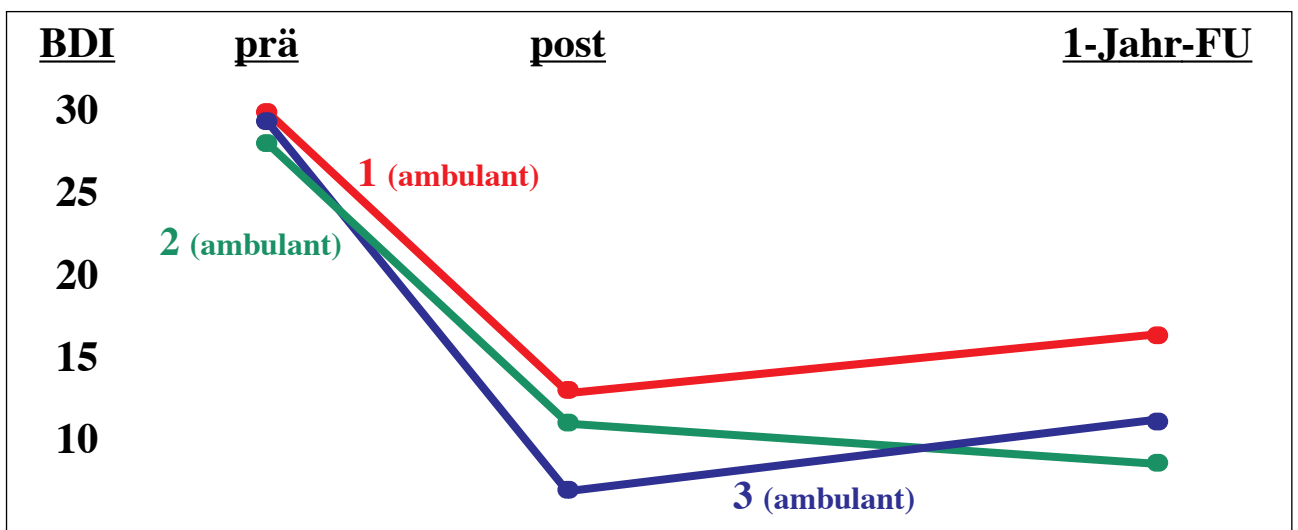
Gruppenmerkmale:

(1) AD + stützendes Gespräch: N = 63; (2) KVT: N = 66; (3) AD + KVT: N = 62

Gesamtstichprobe: 63% ♀, Alter 39 J., Ersterkrankungsalter 32 J.

Resultate:

- ⇒ Rückgang der Depressivität in allen Gruppen gleich
[sowohl selbst- als auch fremdbeurteilt]
- ⇒ stationär = ambulant
- ⇒ Responder (= BDI ≤ 9 + HAMD ≤ 9 bei Therapieende):
(1) = 34%, (2) = 41%, (3) = 48% (n.s.)



Schlussfolgerungen aus den Depressionsstudien von Hautzinger & de Jong-Meyer (1996)

- ☐ alle untersuchten Therapien führten zu hochsignifikanten Verbesserungen und vergleichbaren Responderquoten
- ☐ die Kombination von Pharmako- und Psychotherapie ergibt keinen nennenswerten additiven Effekt [evtl. am ehesten für ambulante Behandlungen schwerer Depressionen]
- ☐ die Schwere der Ausgangsdepression beeinflusste die Ergebnisse nicht
- ☐ es gab kaum spezifische Verbesserungen einzelner Syndromanteile; alle Therapien führten zu hochsignifikanten Verbesserungen affektiver, motivationaler, somatischer und kognitiver Symptome
- ☐ im Therapieverlauf unterschieden sich behandlungsunabhängig spätere Responder relativ schnell (nach 2-3 Wochen) von den späteren Nonrespondern [d.h. schnelles Ansprechen auf die Therapie]

Metaanalyse zur kognitiven Therapie bei Depression

Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. Journal of Affective Disorders, 49, 59-72.

Ziel: Vergleich CT mit Kontrollbedingungen (Standardversorgung, Wartegruppen, Antidepressiva, Verhaltenstherapie, andere Psychotherapien); nur randomisierte Studien

Diagnostische Kriterien: Major Depression oder dysthyme Störung, keine psychotischen Depressionen oder bipolaren Störungen

Gefundene Studien: 48 mit insgesamt 72 Vergleichen

Patienten der Stichproben: insgesamt 2.765, die meisten ambulant, 71% Frauen, mittleres Alter 39 Jahre

Zahl der Vergleiche: 20 CT vs. WL/Plazebo, 17 CT vs. Antidepressiva, 13 CT vs. Verhaltenstherapie, 22 CT vs. andere Psychotherapien

Ergebnisse Prä-Post:

CT > WL/Plazebo ($d+ = 0.82$)

CT > Antidepressiva ($d+ = 0.38$)

CT = Verhaltenstherapie

CT > andere Psychotherapien ($d+ = 0.24$); diese waren psychodynamisch (4), interpersonal (4), nichtdirektiv (2), supportiv (4), Entspannung (4), Bibliothherapie (1)

Keine Zusammenhänge zwischen Effektstärke sowie BDI-Werten, Geschlecht und Alter

Ergebnisse Follow-up:

8 Studien verglichen CT und Antidepressiva bei einem Follow-up von mindestens 1 Jahr

In 5 dieser Studien zeigte sich für CT ein präventiver Effekt

Rückfall (Rezidiv) bei CT 29.5%, bei Antidepressiva 60.0%

Schlussfolgerung der Autoren:

CT ist wirksam bei Pat. mit milden bis mittelschweren depressiven Störungen und bei diesen der Therapie mit Antidepressiva überlegen

Leitlinie Affektive Störungen der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie in der DGPs

erstellt durch Renate de Jong-Meyer (Münster), Martin Hautzinger (Tübingen), Christine Kühner (Mannheim) und Elisabeth Schramm (Freiburg)

Publiziert bei Hogrefe, Göttingen, 2007

Bewertung: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

- Beurteilung: "wirksam und spezifisch"; beste Einstufung aller Psychotherapien bei Depressionen
- > 80 kontrollierte Studien mit KVT bei Depressionen
- wirksamer als Warte-, Placebo-, Clinical Management- und supportive Behandlungen
- mindestens vergleichbare Effekte wie Pharmakotherapie oder eine andere spezifische Psychotherapie
- Metaanalysen: Prä-Post-Effektstärken zwischen $d = 1.5$ und 2.3 ; bei milden bis mittelschweren Depressionen Überlegenheit gegenüber Wartegruppe/Placebo, Medikation und anderen Psychotherapien
- keine Schweregradseinschränkungen; in allen Schweregraden können Effekte ähnlich wie bei Pharmakotherapie erwartet werden
- Längerfristigen Effekte: Akutbehandlung mit KVT senkt die Rückfallquote deutlicher als medikamentöse Akutbehandlung alleine
- noch keine Aussagen zur Wirksamkeit von KVT bei schwersten Depressionen im stationären Setting möglich

Bewertung: Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

- Erste Effektivitätsprüfung von Weinman et al. (1979): IPT gleich wirksam wie Pharmakotherapie (Amitriptylin) und besser als Kontrollgruppe mit unspezifischer Behandlung
- NIMH Studie: IPT gleich wirksam wie KVT und Pharmaka, niedrigste Rate von Therapieabbruchern
- Metaanalysen: IPT gleich wirksam wie KVT und Pharmakotherapie, allen Kontrollbedingungen überlegen; längerfristige Wirksamkeit vergleichbar mit KVT

Bewertung: Gesprächs- und humanistische Psychotherapien

- standen bislang nicht im Zentrum der Depressionsforschung; überwiegend als Kontrollbedingung eingesetzt mit meist geringeren Effekten
- 2 Studien mit Gesprächstherapie-Variante "process-experiential"-Therapie erbrachten Effekte ähnlich wie bei den erwiesenen wirksamen Therapien
- Für die herkömmliche Gesprächstherapie fehlen kontrollierte Wirksamkeitsnachweise

Bewertung: Psychodynamische Kurztherapien

- 2 Metaanalysen (Crits-Christoph, 1992; Leichsenring, 2001): Aufgrund von 11 bzw. 6 Studien kommen beide zu dem Ergebnis, dass die Therapien wirksam und bezogen auf die Besserung der Depressionssymptomatik mit anderen Psychotherapien vergleichbar sind (Effektstärken $d = 0.81$ bis 1.12)
- Einschränkung #1: Es existieren keine Studien mit längeren Katamnesezeiträumen
- Einschränkung #2: IPT wurde in als psychodynamische Therapie mitgezählt; ohne IPT wäre die empirische Evidenz geringer

Bewertung: Psychoanalyse

"Psychoanalysen bzw. langfristige, hochfrequente tiefenpsychologische Psychotherapien wurden bislang nicht in kontrollierten Therapiestudien evaluiert, so dass sie für eine evidenzbasierte Depressionsbehandlung nicht empfohlen werden können." (S. 28)

Empfehlungen für Einzeltherapien bei Depressionen:

Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau "wirksam"	- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) - Interpersonelle Psychotherapie (IPT) - Psychodynamische Kurzzeittherapie
Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau "möglicherweise wirksam"	- Process-Experiential Gesprächspsychotherapie (PEGPT); (Ansatz der Gruppe um Watson)
Behandlungen "bislang ohne ausreichende Wirknachweise"	- Psychoanalyse, Psychodynamische Langzeittherapie und alle anderen Psychotherapien - Psychologische Therapien als Monotherapien im stationären Setting

- => Bei leichter bis mittelschwerer Depression zeigen sowohl KVT als auch IPT vergleichbare Wirksamkeit mit der Antidepressivatherapie. Der Anteil an Respondern (weitgehend symptomfreier Patienten) ist unter KVT und IPT höher. Unter KVT und IPT brechen weniger Patienten die Behandlung ab.
- => Unter dem Aspekt längerfristiger Wirksamkeit hat die KVT Vorteile gegenüber rein medikamentöser Therapie.

Antidepressiv wirkende Medikamente

Klasse	Substanzen (Beispiele)	Biologische Wirkung	Besonderheiten der psychologischen Wirkung
Tri-/tetra-zyklische AD	Amitriptylin Imipramin Clomipramin Desimipramin Doxepin Maprotilin	<ul style="list-style-type: none"> • Hemmung der Rückresorption von NA und 5-HT • Veränderung der Sensitivität postsynaptischer NA- und 5-HT-Rezeptoren [Wirkanteile einzelner Substanzen auf diese Transmittersysteme unterschiedlich] • z.T. anticholinerge Wirkung 	<ul style="list-style-type: none"> • sedierend (in unterschiedlicher Intensität) • schlafanstoßend
SSRI	Fluvoxamin Fluoxetin Paroxetin Citalopram Sertralin	<ul style="list-style-type: none"> • selektive Hemmung der 5-Ht-Wiederaufnahme 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Sedierung
MAO-Hemmer	Tranlycypromin Phenelzin Moclomebid	<ul style="list-style-type: none"> • hemmt den Abbau von NA und 5-HT durch das Enzym MAO 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Sedierung
Atypische AD	Buspiron Trazodon Mianserin Mirtazapin Trimipramin	<ul style="list-style-type: none"> • andere Wirkungen als Wiederaufnahmehemmung; wirken unterschiedlich auf dopaminerges, serotonerges und noradrenerges System 	<ul style="list-style-type: none"> • meist sedierend und schlafanstoßend

Empfohlene Literatur zu depressiven Störungen

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1994). Kognitive Therapie der Depression (4. Aufl.). Weinheim: PVU
- Beckham, E.E., Leber, W.R. (Eds.) (1995). Handbook of Depression (2nd ed.). New York: The Guilford Press
- Hautzinger, M. (u. Mitarb. von W. Stark, R. Treiber) (2000). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien (5. Aufl.). Weinheim: PVU
- Hautzinger, M. (2000). Depression im Alter erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Weinheim: PVU.
- Herrle, J., Kühner, C. (1994). Depressionen bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn. Weinheim: Beltz

Bipolar I Störung: Klinische Merkmale

- *Lebenszeit-Prävalenz:* ~ 1%
- *Onset-Alter:* sehr variabel, von Kindheit (5.-6. Lj.) bis 50. Lj. oder älter; Mittelwert 30 Lj.
- *genetischer Faktor:* ⇔ z.B. Zwillingsstudien; Konkordanz MZ 33-90%, DZ 5-25%
- *prädisponierende Störungen:* dysthyme Störung und zylothyme Störung, aber keine bestimmten Persönlichkeitsstörungen

Bipolar I Störung: Verlaufsmerkmale

- *Onset:* meist mit depressiver Episode (bei ♀ 75%, bei ♂ 67%)
- Einsetzen *manischer Episoden* meist sehr rasch (Std. bis Tage), manchmal aber auch über Wochen hinweg
- *vorausgegangene dysthyme Störungen* in der Bevölkerung bei 10%, in klinischen Gruppen bei 15-25%; ⇒ erhöhtes Risiko weiterer Episoden einer Major Depression, inkompletter Remissionen
- *Verlaufsform und Dauer:*
- Dauer *unbehandelter manischer Episoden* durchschnittlich 3 Mo.
- *nach 1. Episode:* ⇒ 7% keine weitere Episode, 45% weitere Episoden, 40% chronische Störung
- *nach 1. Episode:* ⇒ 2. manische Episode innerhalb von 2 J.
- bei 10-20% im Verlauf *nur* manische Episoden
- *Zahl der manischen Episoden* bis 30, Mittelwert 9; 40% haben mehr als 10 Episoden
- *mit zunehmender Dauer* der Störung ⇒ kürzere Intervalle zwischen den Episoden; nach 5 Episoden Stabilisierung des Intervalls auf 5-9 Monate
- *Outcome und Prognose:*
- *Langzeit-Follow-up:* 15% komplett remittiert ohne Rezidive, 45% remittiert mit Rezidiven, 30% in partiell remittiert; 10% chronifiziert
- ↑ *gute Prognose:* kurze Dauer der manischen Episoden; später Onset; geringe Suizidalität; geringe Komorbidität mit psychischen Störungen und/oder körperlichen Krankheiten
- ↓ *schlechte Prognose:* Beginn in der Kindheit; geringer präorbider Berufsstatus; Alkoholabhängigkeit; psychotische Merkmale; Männer
- *klare Verlaufsbesserung* durch Lithium oder Carbamazepin; unter Lithiumprophylaxe bei 50-60% gute Kontrolle der Symptomatik

Zylothyme Störung: Klinische Merkmale

Lebenszeit-Prävalenz: ~ 1%; Prävalenz unter ambulanten psychiatrischen Pat. 3-10%; unter Pat. mit Borderline-PS 10-20%

Geschlechtsverhältnis: Frauen:Männer = 3:2

Onset: bei 50-75% im 15-25. Lj.

häufige Komorbidität: Substanzmissbrauch

Verlauf: bei 33% später auch MD oder BI-I; oft auch BI-II

Pharmakotherapie der bipolaren Störung

- Lithiumsalze und Antikonvulsiva (z.B. Carbamazepin, Valproat) als Phasenprophylaktika bewährt
- Probleme der Lithiumbehandlung: erhebliche Nebenwirkungen, z.B. starker Durst, häufiges Wasserlassen, Tremor, Gedächtnisstörungen, Gewichtszunahme, Durchfall, Akne, Hautausschläge, Hautödeme; hohe Compliance erforderlich
- Probleme der Behandlung mit Antikonvulsiva: ebenfalls Nebenwirkungen möglich, z.B. Verlangsamung, Übelkeit, Sehstörungen, gastrointestinale Störungen, Tremor, Haarausfall, Gewichtsverlust

Psychotherapie der bipolaren Störung

z.B. Meyer TD, Hautzinger M (2003). Manisch-depressive Störungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim: Beltz/PVU.

[Stand: WS 2009/10]